ITEM 51 : TROUBLES MICTIONNELS CHEZ L'ENFANT

Trouble de la miction = motif fréquent de consultation → fuites urinaires diurnes ou nocturnes chez **10-15% entre 6-8 ans**

Physiopath

- Miction normale aboutissant à la vidange complète de la vessie par une coordination parfaite entre contraction du détrusor et relâchement sphinctérien sous commande neuro et via une anatomie de l'appareil urinaire normale
- Acquisition du contrôle mictionnel progressive entre **18 mois et 3 ans**
- Anomalies de miction par **troubles du remplissage** vésical (phase de stockage) ou de la **vidange** (miction) → troubles majoritairement **fonctionnels : perturbation de l'acquisition** du contrôle mictionnel et/ou **mauvaises habitudes**

Diagnostic

Anamnèse

Consultation(s) longue(s) nécessaire(s)
- Modalités d'apprentissage/**acquisition de la propreté**
- **Habitudes mictionnelles** : nombre de mictions quotidiennes, utilisation des toilettes scolaires (disponibilité, propreté, papier hygiénique) et apports hydriques quotidiens
- Symptomatologie actuelle/passée, caractère **récent/ancien** des troubles : **SFU** (pollakiurie, urgenturie, fuites diurnes/nocturnes), notion **d'infection urinaire** initiale
- Utilisation éventuelle de protections et **retentissement psychosocial**
- **Antécédents** de troubles fonctionnels similaires chez les parents ou dans la fratrie
- Développement **psychomoteur et statural**
- Mesures **thérapeutiques** déjà mises en place

→ **Catalogue mictionnel** sur 48h (heure et volume des mictions, quantité des boissons, épisodes de fuites)
++ : différencie pollakiurie/polyurie, très informatif

- Troubles associés à rechercher :
  . **Uropathie malformative** : valves de l'urètre postérieur, système urinaire double avec uretère ectopique ou urétérocèle, épispadias, exstrophie vésicale
  . Pathologies organiques : **diabète, insuffisance rénale**
  . Antécédents **d'infection urinaire** faisant redouter un **RVU**
  . Douleurs abdominales et troubles anorectaux : **constipation**, encoprésie
  . Troubles de **motricité des MI**, retard d'acquisition de la marche, chutes fréquentes, fatigabilité
  . **Sommeil** (++si énurésie) : profondeur/durée, difficultés d'éveil, ronflement/apnées (**SAOS**), **parasomnies**
  . **Environnement socio-familial** (maltraitance) et scolaire/de loisirs, contexte **psychologique** de l'enfant (**TDAH : 2-4 fois** + présents chez les enfants avec troubles mictionnels)
  . **Troubles psychiques** causés par les troubles mictionnels : repli sur soi, stress, perte d'estime de soi

SFU

- **Pollakiurie** : mictions trop fréquentes > 7/jour chez un enfant > 5 ans
- **Impériosité/urgenturie** : besoin subit inattendu/immédiat d'uriner
- **Dysurie** : effort de poussée abdominale au début ou pendant la miction (à tout âge)
- **Miction fractionnée** (physiologique jusqu'à 3 ans), sans poussée abdominale
- **Faiblesse du jet / jet irrégulier**
- **Incontinence urinaire** : perte d'urine incontrôlable, **intermittente (diurne/nocturne)** ou **permanente** (fuite sans véritable miction = diagnostic différentiel des troubles mictionnels, malformation des voies urinaires, notamment abouchement urétéral ectopique)
- **Enurésie nocturne** = incontinence intermittente exclusivement au sommeil, à > 5 ans,
  → « Primaire » si pas de continence > 6 mois, « secondaire » après 6 mois de contrôle
  → « Isolée/monosymptomatique » si aucun autre SFU notamment diurne

SC

- Inspection de la culotte : stigmates de fuites d'urines ou selles
- Examen abdominal : **globe vésical** (causes de RAU = inflammation locale ou IU, fécalome, obstruction organique des voies urinaires, atteinte médullaire, médicaments)**, masse tumorale, stase stercorale..**
- Examen urogénital : **fosses lombaires, palpation des testicules, aspect de la verge et du méat urétral, recherche de vulvite / autre anomalie de la vulve, aspect du jet urinaire** (observation d'une miction)**…**
- Examen du rachis et neurologique : **anomalie cutanée dans la région lombo-sacrée** (lipome, angiome, touffe de poils), **déformation osseuse, examen neurologique** (sensibilité périnéale, syndrome pyramidal, motricité des membres inférieurs)
- Examen orthopédique : pieds creux, inégalité de longueur des MI, scoliose, troubles trophiques

PC

- **Bandelette urinaire systématique** (+/- ECBU) : exclusion d'IU / suspicion d'hyperconcentration des urines
- **Examen clinique seul le plus souvent suffisant** pour retenir une cause fonctionnelle : aucun EC nécessaire à la 1°consultation ; possibles examens complémentaires si troubles persistants ou atypiques :
  . **Echo réno-vésicale** + résidu post-mictionnel (RPM) : fuites non isolées ou résistantes au TTT d'épreuve
  . **Débitmétrie** voire bilan urodynamique, ou sur avis spé : cystographie, scintigraphie DMSA…

- **Démarche** : Eliminer les **diagnostics différentiels** des troubles mictionnels
  Rechercher les troubles mictionnels **secondaires** : cause neuro/uro, évaluation spécialisée nécessaire
  Puis les troubles **primitifs** (si pas de cause anatomique/neuro)
- Dysfonction vésicale souvent due à une **IU, constipation, hydratation insuffisante, irritation des OGE fréquentes**

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="3">- Trouble de la vidange vésical souvent associé à une constipation = trouble global de l'élimination</td></tr>
<tr><td>Algorithme d'orientation</td><td colspan="2">- Trouble mictionnel nocturne sans trouble diurne : énurésie nocturne primaire isolée
- Trouble mictionnel diurne et nocturne :
. Dysurie : Dysynergie vésicosphinctérienne (TUBA)
Obstacle urétral, valves de l'urètre postérieur
. Pollakiurie, urgenturie : Hyperactivité détrusorienne fonctionnelle (TUBA)
Hyperactivité détrusorienne neurologique
. Fuites permanentes +/- mictions conservées : abouchement ectopique urétéral</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">- Mictions vaginales chez la fille si position mictionnelle inappropriée (« cuisses serrées ») / coalescence des petites lèvres : pertes d'urines après la miction sans trouble mictionnel
- Mictions sous-préputiales chez le garçon : ballonisation du prépuce secondaire à un phimosis serré
- Incontinence urinaire au rire isolée
- Incontinence d'effort : fuites urinaires aux exercices physiques, à la toux ou à l'éternuement
- Pollakiurie comportementale : trouble du comportement « tic » : 20-30 mictions par jour sans fuite/dysurie, dû à des troubles psychosociaux/émotionnels ou à l'excès de boissons acides (jus de pomme/orange) / riches en oxalate (thé)
- Incontinence urinaire permanente goutte à goutte par abouchement ectopique des voies urinaires dans l'urètre, la vulve, le vagin (uretère du pyélon supérieur, si système urinaire double : mictions conservées avec fuites)
➔ Vulvovaginites à répétition</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Causes organique</td><td>Uropathie malformative</td><td colspan="2"><u>Valves de l'urètre postérieur chez le garçon</u>
= Obstruction urétrale par des replis muqueux au-dessous du veru montanum
- Diagnostic anté/néonatal : globe vésical, jet urinaire absent/goutte à goutte
- Risque de vessie de lutte et dégradation de la fonction rénale
A noter : dans le collège de pédiatrie, l'abouchement urétéral ectopique est classé dans les Causes organiques (en rang C), et non dans les diagnostics différentiels (cf fiche LiSA)</td></tr>
<tr><td>Causes neurologique (rares)</td><td colspan="2">A évoquer systématiquement si la situation et l'évolution clinique ne correspondent pas à l'hypothèse proposée et que les troubles persistent malgré le TTT
- Vessie neuro congénitale :
. Dysraphisme spinal = anomalie de fermeture sur la ligne médiane du rachis
. Suspectée si troubles mictionnels résistants aux thérapeutiques / constipation sévère (/encoprésie)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Causes fonctionnelles</td><td rowspan="2">Diurne ± nocturne</td><td colspan="2">- Dysfonction du bas appareil urinaire diurne (Lower Urinary Tract Symptoms) = troubles urinaires du bas appareil (TUBA) : principale étiologie
- Souvent associée à des troubles anorectaux : constipation, douleur défécatoire, encoprésie
- Risque de complications urologies sévères : vessie de lutte, RVU, insuffisance rénale</td></tr>
<tr><td>Troubles de la phase de remplissage : hyperactivité détrusorienne</td><td>= Persistance anormale de vessie immature > 5 ans (= vessie hyperactive / instable) avec contraction désinhibée du détrusor primitive pendant le remplissage
- Fuites diurnes ± nocturnes, pollakiurie et urgenturie
- Manœuvres de retenue (contraction sphinctérienne) : agitation, pincement de verge, accroupissement, croisement des jambes, debout sur la pointe des pieds
- Parfois secondaire à une épine irritative : infection urinaire, constipation, RPM
- Complication : infection urinaire, reflux vésico-urétéral</td></tr>
<tr><td>Nocturne isolée</td><td>Enurésie nocturne primaire isolée</td><td>= Miction involontaire pendant le sommeil après l'âge de 5 ans
- Primaire en l'absence de période sèche > 6 mois depuis la naissance
- Isolée (monosymptomatique) en l'absence d'autre symptôme en particulier diurne
➔ Diagnostic positif clinique, aucune imagerie au diagnostic
- Associée à un TDAH dans 10% des cas (20% des enfants TDAH ont une énurésie primaire)
- Caractère familial dans 30-60% des cas
- Degré de sévérité à apprécier (1 nuit/mois, >1/semaine, toutes les nuits…)
- Possible polyurie par inversion du cycle de l'ADH (volume urinaire nocturne > diurne, osmolarité urinaire plus basse la nuit)
- Parfois faible capacité vésicale fonctionnelle < 70% de la théorique (évaluée sur le calendrier mictionnel)</td></tr>
</table>